LES

# NEURASTHÉNIES

# PSYCHIQUES

## (OBSESSIONS ÉMOTIVES OU CONSCIENTES)

PAR

Le Dr Emmanuel RÉGIS

Ancien Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris,
Médecin de la Maison de Santé de Castel-d'Andorte.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11 — RUE GUIRAUDE — 11

1891


YALE
MEDICAL LIBRARY

Hommage affectueux

LES

# NEURASTHÉNIES PSYCHIQUES

(OBSESSIONS ÉMOTIVES OU CONSCIENTES)

PAR

LE Dr EMMANUEL RÉGIS

Ancien Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris,
Médecin de la Maison de Santé de Castel-d'Andorte.

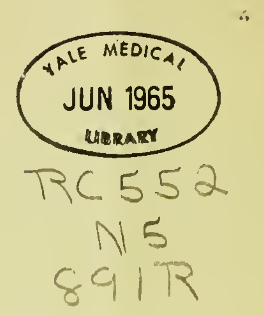
BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11 — RUE GUIRAUDE — 11

1891

Extrait du *Journal de Médecine de Bordeaux*



LES

# NEURASTHÉNIES PSYCHIQUES

## (OBSESSIONS ÉMOTIVES OU CONSCIENTES)[1]

---

Le mot *neurasthénie,* créé par Beard en 1868 et accepté aujourd'hui par la plupart des auteurs, est un terme générique qui s'applique à tous les états morbides essentiellement caractérisés par l'épuisement du système nerveux *(nervous exhaustion).* C'est ce qu'on a appelé suivant les époques et suivant les cas : nervosisme, faiblesse irritable, état spasmodique, asthénie nerveuse, névrose protéiforme, marasme nerveux, hystéricisme, irritation spinale, hypocondrie, névropathie cérébro-cardiaque, maladie cérébro-gastrique, etc., etc.

La neurasthénie n'est donc pas une maladie, mais un groupe de maladies, une sorte de diathèse à expression symptomatique des plus variées.

Suivant la nature des phénomènes qui prédominent, on lui distingue en effet plusieurs formes, dont les principales sont : la forme cérébrale (cérébrasthénie); la forme spinale (myélasthénie); la forme cardiaque

(1) Extrait de la deuxième édition du *Manuel pratique de Médecine mentale* de notre collaborateur M. E. Régis, qui doit prochainement paraître.

(neurasthénie cérébro-cardiaque); la forme gastro-intestinale (neurasthénie cérébro-gastrique et intestinale); enfin la forme génitale (neurasthénie sexuelle).

La cause essentielle de la neurasthénie est l'hérédité. Cette hérédité, qui prend sa source dans différentes diathèses, notamment dans les névroses, les psychoses, l'alcoolisme, l'*arthritisme,* la syphilis, le tabes, détermine dès l'origine chez les sujets un état de dégénérescence spécial du système nerveux sur lequel, à l'occasion de circonstances favorables, se développe la maladie. Parfois, il est vrai, la tare héréditaire peut manquer et la neurasthénie semble due à un accident purement fortuit, comme un choc moral ou le traumatisme du *railway-spine,* par exemple (neurasthénie et hystéro-neurasthénie traumatiques); mais, même dans ce cas, il est rare qu'il n'existe pas une prédisposition originelle plus ou moins latente.

Quant aux causes occasionnelles, ce sont toutes les circonstances physiologiques ou pathologiques, morales ou physiques, susceptibles d'amener brusquement ou lentement l'épuisement nerveux : puberté, grossesses pénibles, maladies locales de l'utérus et de l'intestin, fièvre typhoïde, hémorragies, affections vénériennes, onanisme, continence et excès génésiques, surmenage intellectuel, grandes fatigues et grands chagrins.

Bien que la neurasthénie soit essentiellement protéique dans ses manifestations, elle offre certains symptômes qui font rarement défaut et que Charcot désigne, pour ce motif, sous le nom de *stigmates neurasthéniques.* Ce sont : la céphalalgie spéciale (casque neurasthénique) et la sensation de vide dans la tête; l'insomnie et les troubles du sommeil; l'adynamie psychique; l'affaiblissement de la motilité; l'hyperesthésie spinale et la rachialgie avec points d'élection

(plaque cervicale, plaque sacrée, coccydinie): l'amyosthénie; l'atonie gastro-intestinale; les troubles génitaux et les troubles vaso-moteurs.

## Neurasthénie cérébrale (Obsessions).

La neurasthénie cérébrale, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, est cette forme de neurasthénie dans laquelle prédominent les troubles psychiques. Essentiellement basée sur une impotence de la volonté, avec conservation de l'intelligence proprement dite, elle se traduit par des idées fixes, des obsessions, des impulsions actives ou négatives, toutes conscientes et raisonnées, mais irrésistibles et anxieuses. Elle comprend, par conséquent, une foule d'états disséminés un peu au hasard jusqu'ici dans le cadre nosologique sous les noms de folie lucide, folie avec conscience, monomanie raisonnante et impulsive, syndromes psychiques des dégénérés, paranoia rudimentaire, etc., etc.

Ces différences de dénominations trahissent au fond de sérieuses divergences de doctrines et il s'en faut que l'obsession émotive soit acceptée aujourd'hui de tous sous l'étiquette et sous l'aspect que nous lui décrivons. Pour les uns, c'est encore une folie, ne différant des autres que par ses caractères de conscience et de lucidité (Ball); pour d'autres, c'est un symptôme intellectuel de la neurasthénie (Beard); pour certains, un trouble psychique élémentaire, analogue à l'hallucination et susceptible comme elle de s'observer dans toutes les névroses et toutes les folies (Pitres); pour quelques-uns enfin, c'est un stigmate de dégénérescence, n'entrant dans la neurasthénie qu'à titre de complication (Charcot, Magnan).

Pour nous, l'obsession émotive est surtout un symptôme de neurasthénie ayant, il est vrai, des rapports étroits avec la dégénérescence, mais seulement indirectement et par l'intermédiaire de la neurasthénie, lorsque celle-ci est de nature dégénérative, ce qui est le cas le plus fréquent.

Il est certain, en effet, que dans la grande majorité des cas, les neurasthéniques psychiques sont des dégénérés. Leur dégénérescence, qui est, comme nous l'avons dit, le résultat de l'hérédité, se révèle non seulement par un défaut d'équilibre, mais souvent aussi par des signes plus graves, par de véritables stigmates. Au point de vue mental, ce sont pour la plupart des individus intelligents, vifs, prime-sautiers, mais timides, sans énergie, sans volonté et doués d'une sensibilité émotive des plus marquées. Dès le jeune âge, mais surtout à dater de la puberté, on voit naitre chez eux des bizarreries, des tics, des idées fixes; ils s'inquiètent et s'émeuvent pour des riens. Physiquement, ils offrent certains vices de conformation, soit du côté des organes génitaux, soit du côté de la tête, des oreilles, des yeux, de la voûte du palais. Enfin, ils sont sujets aux troubles nerveux les plus variés : névralgies, migraines, palpitations, anémie, dyspepsie, goître exophtalmique, crampes, convulsions, etc.

C'est sur ce terrain que vient se greffer, sous l'influence d'une cause occasionnelle favorable, la névrose émotive. Toutefois la règle n'est pas absolue et il serait exagéré de dire que tous les obsédés, tous les neurasthéniques sont des dégénérés. Dans certains cas, il n'existe pas trace d'hérédité dégénérative au moins apparente et la neurasthénie semble être alors une maladie accidentelle. C'est pourquoi nous croyons qu'il existe deux formes bien distinctes de neurasthénies

psychiques : la neurasthénie chronique, constitutionnelle ou de dégénérescence, la plus fréquente, et la neurasthénie aiguë, fonctionnelle et non dégénérative; toutes deux susceptibles de s'accompagner d'obsessions, mais d'obsessions ayant dans les deux cas des caractères bien différents de gravité.

Quelle que soit la façon dont les neurasthénies psychiques aient été envisagées et dénommées (délire avec conscience, délire émotif, idées fixes, zwangsvortellungen, paranoia rudimentaire, obsessions anxieuses, peurs morbides, syndromes épisodiques, etc.), les auteurs n'en sont pas moins d'accord, au point de vue clinique, sur les caractères généraux qu'elles présentent.

Ces caractères généraux ont été parfaitement indiqués par M. J. Falret dans son rapport sur les obsessions au Congrès international de Médecine mentale de 1889.

Voici les conclusions de ce rapport voté et adopté par le Congrès :

« Les diverses variétés d'obsessions intellectuelles, émotives et instinctives, ont des caractères communs que l'on peut résumer ainsi :

» 1° Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie.

» 2° Elles sont habituellement héréditaires.

» 3° Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes.

» 4° Elles ne restent pas isolées dans l'esprit à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés.

» 5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations.

» 6° Elles conservent les mêmes caractères psychiques pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent prolongées de paroxysme et de rémission, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales.

» 7° Elles n'aboutissent jamais à la démence.

» 8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. »

Hérédité habituelle, conscience complète, anxiété concomitante, absence d'hallucinations, caractère rémittent et paroxystique, durée indéfinie, tels sont donc, avec une préoccupation de l'état qui va souvent jusqu'au désir de la mort, les caractères pathognomoniques des obsessions au point de vue mental.

Il faut y joindre, au point de vue physique, les symptômes neurasthéniques, épisodiques ou permanents, dont nous avons déjà parlé et dont les principaux sont : la céphalée, l'hyperhydrose palmaire et plantaire (hydropisie cutanée), les bouffées de chaleur à la face, la sensation d'un profond épuisement, les palpitations, l'anxiété précordiale, l'insomnie, les douleurs et névralgies diverses, les sensations de tiraillement aux extrémités, l'excès d'oxalates et d'urates dans l'urine, la pesanteur dans les reins et dans les membres, la dilatation des pupilles et l'expression hésitante du regard, les spasmes musculaires localisés, etc.

Si l'on est à peu près d'accord sur les principaux symptômes des neurasthénies psychiques, on n'est pas loin de s'entendre, non plus, sur leur division.

Beard s'est borné pour sa part à en énumérer quel-

ques-unes sous le nom générique de peurs morbides *(morbid fears)*, d'après leurs caractères objectifs.

Morselli, qui les range dans sa classification des maladies mentales sous l'étiquette de paranoia rudimentaire, les divise en deux espèces : 1° les idées fixes simples ou avec principe d'action *(paranoia rudimentaria ideativa)*, dans lesquelles l'obsession reste purement psychique, sans tendance à l'acte impulsif; 2° les idées impulsives *(paranoia rudimentaria impulsiva)* dans lesquelles l'obsession s'accompagne d'une tendance irrésistible.

Tamburini, qui les décrit de même sous le nom d'*idées fixes*, en reconnaît trois espèces : les idées fixes simples, les idées émotives, les idées impulsives, suivant que l'obsession détermine une attention forcée, un état angoissant, une action.

Luys, qui base son étude sur la physiologie cérébrale, divise les obsessions en psychiques, psycho-émotives et psycho-motrices, suivant qu'elles intéressent isolément les centres de l'idéation, les centres émotifs ou les centres moteurs.

Falret, s'appuyant sur la clinique, les divise également, comme nous l'avons vu, en intellectuelles, émotives et instinctives.

Magnan, enfin, qui, à propos des obsessions génitales, a formulé une conception anatomo-physiologique de ces syndromes, distingue lui aussi les obsédés en cérébraux, spinaux cérébraux et spinaux, suivant que l'obsession provoque un réflexe purement psychique, cortical supérieur ou médullaire, c'est à dire une idée fixe, un acte irrésistible conscient, ou un acte purement automatique.

Comme on le voit, ces divisions diffèrent en réalité fort peu et elles aboutissent toutes à la distinction fon-

damentale des obsessions en obsessions purement psychiques et obsessions avec impulsion.

Cette manière de voir, bien que généralement adoptée, ne répond qu'imparfaitement pour nous à la vérité clinique. Il est impossible, en effet, d'établir symptomatiquement une différence aussi tranchée entre l'idée fixe et l'impulsion. Car l'idée fixe, à l'examiner de près, n'est qu'un commencement d'impulsion, si même elle n'est pas, comme l'admettent certains auteurs, une véritable impulsion intellectuelle (Ball). Et quant à l'impulsion proprement dite, consciente et raisonnée comme elle l'est dans la neurasthénie, c'est un syndrome plus complexe dans lequel l'acte irrésistible n'est que le dernier terme d'un processus morbide dont l'idée fixe est le point de départ et l'émotion anxieuse l'étape intermédiaire. C'est ainsi que le délire du doute, le type des idées fixes, consiste non seulement dans des interrogations mentales involontaires, mais encore dans des crises émotives, souvent accompagnées d'actes automatiques. C'est ainsi encore que l'agoraphobie, ou peur des espaces, considérée comme une obsession émotive, s'accompagne presque toujours d'une idée fixe d'impuissance motrice et d'un acte morbide. C'est ainsi enfin que l'onomatomanie, la coprolalie, la rupophobie, l'impulsion au meurtre, etc., rangées dans les obsessions impulsives, comprennent à la fois l'idée fixe du mot, de la grossièreté, de la contamination, de l'homicide, l'émotion anxieuse de la résistance et, finalement, la tendance à l'acte.

D'ailleurs la division des obsessions en intellectuelles, émotives et impulsives a le défaut de ne pas tenir compte de toute une catégorie d'obsessions, cependant bien importantes : celles qui se caractérisent non plus par l'impossibilité de repousser une idée ou un acte

qui s'imposent, mais au contraire, par l'impossibilité de fixer une idée ou d'accomplir un acte déterminés. Il est vrai que les obsessions de cette nature figurent sous le nom d'*aboulies* dans quelques-unes des nomenclatures en cours (Magnan, Saury, Legrain); mais elles n'y figurent qu'à titre accessoire, confondues avec toutes les autres, alors que pour nous elles constituent une forme particulière opposée à l'impulsion, dont elles sont pour ainsi dire la contre-partie.

La meilleure manière de comprendre les obsessions est encore de remonter à la source et de prendre pour base la pathogénie. Or, lorsqu'on analyse le mécanisme intime de ce phénomène, on s'aperçoit que ce qui est lésé en lui, c'est la *volonté,* prise en tant que fonction cérébrale. C'est là une vérité reconnue de tous, psychologues et cliniciens, depuis Billod, qui l'a signalée le premier en décrivant quelques cas de ce genre sous le titre significatif de *lésions de la volonté,* jusqu'à Morel, Th. Ribot et Tamburini qui ont achevé de la mettre en évidence.

Qu'est-ce donc que la volonté et comment s'exécute-t-elle à l'état normal?

Des incitations diverses, parties de la sensibilité, viennent stimuler les centres nerveux, où elles déterminent en fin de compte, après une série d'opérations plus ou moins compliquées, deux sortes de réactions : une réaction d'arrêt ou d'inhibition, qui repousse certaines d'entre elles; une réaction de renforcement ou d'impulsion qui transmet les autres aux organes moteurs, en les transformant en actes.

La volonté, d'après cette formule synthétique, est donc une fonction cérébrale composée de trois éléments : un élément centripète, l'excitation; un double élément réactionnel, la fonction d'arrêt et la fonction

motrice. L'état normal réside dans l'équilibre de ces trois forces et il y a évidemment lésion de la volonté toutes les fois que cet équilibre est détruit.

Plusieurs cas peuvent se présenter. Dans l'un, la lésion porte sur l'élément excitateur, les forces réactionnelles restant les mêmes, et alors ou bien l'excitation est trop forte et il en résulte un acte irrésistible (impulsion), ou bien l'excitation est trop faible ou nulle et l'activité est suspendue (aboulie). Dans un autre cas, la lésion porte sur l'élément réactionnel, l'excitation restant normale, et alors c'est la force d'arrêt qui est atteinte, d'où résulte encore un acte irrésistible (impulsion), ou c'est la force motrice, et l'acte n'est plus possible (aboulie).

Les lésions de la volonté sont donc de deux ordres : 1° les lésions par trouble de l'excitation centripète (impulsion et aboulie par excès et par défaut d'excitation) ; 2° les lésions par trouble de la réaction centrale (impulsion et aboulie par défaut de force d'arrêt et par défaut de force motrice).

Cette classification des maladies de la volonté d'après les principes de Th. Ribot, pour si psychologique et si théorique qu'elle paraisse, n'en est pas moins absolument clinique et elle suffit à expliquer les différences observées dans les diverses sortes d'impulsions et d'aboulies. On se rend compte, en effet, par là comment les lésions de la volonté par trouble de l'excitation centripète se rencontrent dans les folies caractérisées par l'exagération ou la diminution de la sensibilité (folies hallucinatoires, mélancolies); tandis que celles dues au trouble de la réaction centrale sont le propre des maladies à épuisement nerveux (neurasthénies). Bien plus, on comprend de la sorte que l'impulsion des folies systématisées provoquée par une

excitation sensorielle intense, comme l'hallucination, revête des caractères spéciaux de spontanéité et de soudaineté, la distinguant de l'impulsion de la neurasthénie par défaut d'arrêt central, avec sa résistance plus ou moins longue et son angoisse concomitante. On saisit de même les différences entre l'aboulie inerte, passive et indolente du mélancolique, qui n'est pas sollicité à agir faute d'excitation périphérique (non vouloir), et l'aboulie émotive, douloureuse et angoissante du neurasthénique qui, sollicité d'agir par des incitations normales, s'épuise, pour le faire, en efforts superflus, ayant perdu sa force d'action (non pouvoir) (1).

Nous pouvons donc admettre que les obsessions neurasthéniques sont des lésions de la volonté par trouble de la réaction centrale, différentes des lésions similaires observées dans la folie commune, et qu'il est possible de les diviser en impulsions et aboulies, suivant que c'est la force d'arrêt ou la force d'action qui est plus particulièrement atteinte.

Sur ces données, il nous est possible maintenant d'aborder l'étude des principales variétés aujourd'hui connues de neurasthénies psychiques.

(1) Cotard et Langle (1886) ont distingué dans la *non-action* trois états différents suivant que la cause réside dans le défaut de désir, dans l'impuissance à agir, dans un empêchement extérieur. Les deux premiers se rattachent pour eux à un trouble du *moi* proprement dit, et constituent l'*aboulie*; le troisième provient des régions extérieures au *moi* et forme l'*inhibition*. Il est facile de voir que le premier et le troisième de ces états correspondent à notre aboulie par défaut d'excitation (non vouloir) et le second à notre aboulie par défaut d'action (non pouvoir).

### 1° *Neurasthénies ou obsessions impulsives.*

Les neurasthénies ou obsessions impulsives sont, comme nous l'avons vu, celles dans lesquelles la volonté est lésée dans sa force d'arrêt.

Pour bien comprendre leur mécanisme, il faut se rappeler qu'à l'état normal l'automatisme cérébral fait surgir dans notre esprit une foule d'idées que l'attention volontaire fixe ou repousse à son choix, en vertu de sa double force d'action et d'arrêt. C'est le *polyidéisme* physiologique de Ribot. Chez le neurasthénique impulsif, les conditions de cérébration sont changées : la volonté, amoindrie, essaie en vain de chasser une idée imposée par l'automatisme et de ce conflit entre l'énergie volontaire et la spontanéité prépondérante naît une crise d'angoisse et d'anxiété qui aboutit, en fin de compte, à un acte irrésistible ou à une défaillance.

La neurasthénie impulsive n'est donc autre chose qu'une sorte de *monoïdéisme* pathologique consistant dans l'envahissement de l'esprit par une idée automatique sous l'influence d'une diminution de la volonté d'arrêt. Quant à ses caractères fondamentaux, ils se résument : 1° dans l'idée fixe, qui est l'essence même de l'obsession impulsive ; 2° dans la crise anxieuse ou émotive, engendrée par les efforts de résistance de la volonté ; 3° dans le résultat final, variable suivant les cas, et qui peut être aussi bien inhibitoire que dynamogénique, c'est à dire consister dans une paralysie psychomotrice comme dans un acte irrésistible.

Il suit de là, comme nous l'avions déjà fait prévoir, que toutes les obsessions impulsives sont primitivement intellectuelles et que leur point de départ est toujours une idée fixe, les phénomènes d'émotion et

d'action n'en étant que la suite et la conséquence. Il s'ensuit également que toute idée susceptible de surgir spontanément en nous, qu'elle se rapporte à des abstractions, à des mots, à des chiffres, à des êtres, à des choses ou à des objets quelconques, peut, chez un neurasthénique, se fixer dans l'esprit et, par conséquent, devenir la source d'une obsession.

Cette dernière particularité est confirmée par les faits qui nous montrent que les diverses espèces d'obsessions s'étendent et se multiplient davantage au fur et à mesure qu'elles sont mieux connues. En réalité, leur nombre est illimité et on peut dire qu'il existe autant de variétés d'obsessions qu'il peut naître de pensées dans le cerveau humain.

Est-il logique, dans ces conditions, d'attribuer une dénomination et surtout une description spéciales à chacune de ces variétés dont le nombre se recule et se reculera sans cesse avec les progrès de l'observation? Personnellement, nous ne le pensons pas et voilà déjà longtemps que nous avons signalé cette tendance regrettable de la clinique moderne à individualiser les infiniment petits.

Tout le monde est d'accord au fond pour reconnaître non seulement que les obsessions neurasthéniques sont identiques dans leur essence et leurs caractères, quelle que soit la forme de l'idée fixe, mais encore qu'elles sont rarement isolées chez les malades, où on les trouve presque toujours combinées avec d'autres obsessions similaires. Dès lors, à quoi bon créer, pour chacune d'elles, et un état-civil, ce qui à la rigueur se comprend encore pour la commodité de l'appellation, et une symptomatologie à part, ce qui est parfaitement inutile et semble vouloir les ériger sinon en maladies, au moins en formes distinctes de maladies?

Et cependant, c'est ce qu'on a fait jusqu'à ce jour, au risque de compliquer inutilement l'étude déjà si difficile de ces syndromes. Prenons, par exemple, la crainte des objets ou des contacts, qui constitue une des espèces les plus fréquentes d'obsession impulsive. Il devrait suffire, semble-t-il, de décrire ce genre d'obsession, en mentionnant à son sujet les principaux éléments sur lesquels peut porter la crainte morbide. Au lieu de cela, on tend à isoler chaque crainte d'objets et on a déjà de la sorte, en attendant mieux : la crainte de la saleté ou de la souillure (rupophobie ou misophobie), la crainte des virus et des poisons (iophobie), la crainte des pointes (aichmophobie), la crainte des aiguilles (bélonéphobie), la crainte des verres et des morceaux de verre (cristallophobie), la crainte d'objets de métal, boutons de porte, pièces de monnaie (métallophobie), la crainte des poils, du duvet des fruits (trichophobie). De même, l'obsession qui se traduit par la peur des lieux et des éléments comprend : la peur des grands espaces (agoraphobie), la peur des espaces clos (claustrophobie), la peur des lieux élevés (acrophobie), la peur des précipices (cremnophobie), la peur des orages et des éclairs (astraphobie), la peur de l'eau et des rivières (potamophobie), la peur du feu (pyrophobie), etc., etc.

Il est évident que, dans ces conditions, la subdivision morbide n'a plus de limites.

Pour nous, considérant que toutes les obsessions impulsives, de quelque nature qu'elles soient, ont exactement les mêmes caractères et que la description isolée de chacune d'elles ne peut qu'aboutir au désordre et à la confusion cliniques, nous nous sommes efforcé de rapprocher les variétés similaires et de les grouper en quelques catégories principales. Nous

avons admis ainsi, pour la commodité de l'étude : 1° les obsessions caractérisées par des *indécisions,* dont la maladie du doute est le type; 2° les obsessions caractérisées par des *craintes,* savoir : crainte d'objets (ex.: rupophobie), crainte des lieux ou d'éléments (ex.: agoraphobie), crainte des êtres vivants (ex.: zoophobie); 3° les obsessions caractérisées par des *propensions* ou tendances motrices irrésistibles (ex.: onomatomanie, kleptomanie, dipsomanie, impulsion au meurtre et au suicide).

Il nous suffira ainsi de décrire le ou les principaux types de chaque catégorie pour donner une idée aussi complète que possible de toutes les variétés aujourd'hui connues d'obsessions impulsives.

Encore n'insisterons-nous que sur les particularités surtout mentales qu'elles peuvent présenter, les phénomènes généraux, c'est à dire les stigmates de dégénérescence et les symptômes physiques des crises neurasthéniques se retrouvant à peu près invariablement dans la plupart des cas.

Obsessions-Indécisions : *Maladie du doute.* — La maladie du doute est le type des obsessions caractérisées par des indécisions. Décrite en 1866 par Jules Falret et, après lui, par Legrand du Saulle, Ritti et divers auteurs étrangers, elle est généralement connue en Allemagne sous le nom de *Grübelsucht* et en France sous le terme impropre de « folie du doute avec délire du toucher ». Elle consiste dans des idées fixes qui assiègent le malade sous forme d'interrogations, d'hésitations, d'indécisions de toute sorte et dont il cherche anxieusement la solution.

D'après la nature des idées qui prédominent, M. Ball a divisé les douteurs en cinq catégories : les métaphy-

siciens, les réalistes, les scrupuleux, les timorés, les compteurs. Ces divisions, bien entendu, ne peuvent servir qu'à faciliter la description.

Les *métaphysiciens* sont ceux qui sont surtout hantés par des questions abstraites. Leur rumination psychologique, comme dit Legrand du Saulle, porte sur Dieu, la Vierge, le ciel, l'enfer, l'âme, la vie future, le monde, les problèmes les plus obscurs de la nature. Ils se demandent constamment le pourquoi des êtres et des choses, sans pouvoir chasser de leur esprit ces interrogations qui s'imposent irrésistiblement à eux et les plongent dans une torture inexprimable. M. J. Falret appelle spirituellement et exactement cet état « le supplice de la question ».

Les *réalistes* sont ceux dont les idées, tout en ayant le même caractère d'irrésistibilité et de ténacité, affectent une nature plus ou moins triviale. Elles roulent, par exemple, sur la conformation des organes génitaux, la copulation, la différence des sexes, la longueur des nez, la couleur des yeux, la présence de la barbe, les détails les plus infimes et les plus grossiers des objets.

Les *scrupuleux* sont ceux dont le doute est relatif aux choses de la religion. Dans leurs crises anxieuses, les malades sont tourmentés au plus haut point de l'idée qu'ils ont pu rire à la messe, omettre une faute en confession, offenser Dieu en pensées, en paroles ou en actes. J'ai connu une dégénérée neurasthénique qui, obsédée par une appréhension de cette espèce, ne sortait de l'église qu'à reculons pour ne pas tourner le dos à l'autel et qui, avant de se rendre aux cabinets, lisait à plusieurs reprises les morceaux de journaux dont elle se servait sans pouvoir s'assurer qu'elle n'allait pas profaner, sans le vouloir, un mot sacré.

Les *timorés* sont ceux qui appréhendent de com-

mettre une action indélicate et particulièrement un vol. Le type de ces malades est la jeune fille, citée par Esquirol, qui craignait toujours d'emporter *quelque chose de valeur* et, sous l'influence de cette obsession, passait tout son temps à se brosser, à secouer ses chaussures, à inspecter ses cheveux, ses mains, les parquets et les sièges sur lesquels elle s'asseyait, de peur que quelque chose de valeur ne restât fixé à sa personne ou à ses vêtements.

Les *compteurs*, enfin, sont ceux dont le doute se manifeste sous forme de numérations irrésistibles. Tel est obligé de compter les becs de gaz ou les arbres de sa route et, s'il croit avoir commis quelque erreur, il revient une fois, deux fois, dix fois sur ses pas, anxieux et tourmenté, pour refaire le même calcul. Tel autre (observation de Trélat) passe son temps à compter combien de fois les mêmes lettres sont répétées dans les livres saints; combien de pages, dans telle édition, commencent ou finissent par un *p*, par un *b*, par un *a*, etc. Tel autre, enfin, venu pour consulter Legrand du Saulle, s'écrie en sortant : « Vous avez quarante-quatre volumes sur votre table et vous portez un gilet à sept boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte. »

Toutes les formes de doute morbide ne sont pas, d'ailleurs, contenues dans cette énumération, car elles sont variables à l'infini. On peut y joindre, par exemple, les *superstitieux* et les *fatalistes*, qui subordonnent anxieusement les événements de leur vie à telle ou telle particularité insignifiante. Les personnes, les choses, les noms, les mots, les chiffres prennent pour eux une signification heureuse ou malheureuse, suivant leur nature ou leur apparence, et ils passent ainsi subitement de la terreur à la joie et inversement,

suivant le présage rencontré. D'autres sont poussés à accomplir un acte ridicule ou à répéter un nombre pair de fois la même action pour conjurer le sort, faute de quoi ils tombent dans une angoisse croissante jusqu'à ce qu'ils cèdent enfin à leur obsession. Certains recommencent indéfiniment le même travail, sans pouvoir jamais s'assurer qu'il est bien fait. S'habiller devient surtout pour eux une chose des plus difficiles et ils passent des heures entières à se chausser, à se boutonner, à se coiffer, toujours en proie à quelque incertitude aussi torturante que futile. Beaucoup ne peuvent mettre une lettre à la poste sans hésiter dix fois et sans se demander après, malgré tout, s'ils n'ont pas oublié l'adresse ou si elle n'est pas tombée hors de la boîte; ils craignent d'avoir laissé une porte ouverte, une lumière allumée, un robinet mal fermé et, quoi qu'ils fassent, ils deviennent anxieux jusqu'au moment où ils se sont assurés une ou plusieurs fois de suite que leur appréhension était vaine.

L'obsession du doute débute souvent à l'époque de la puberté. Comme la plupart des états analogues, elle procède par crises, par poussées plus ou moins aiguës et plus ou moins rapprochées. Comme eux, elle est tenace, chronique et en général incurable. Les malades en arrivent à solliciter une affirmation étrangère pour calmer leur indécision sans cesse renaissante; mais bientôt, cet appui moral ne leur suffit plus et ils tombent dans une espèce d'automatisme mécanique, passant leur vie à répéter incessamment des actes infimes ou ridicules, en marmottant les mêmes phrases ou les mêmes interjections, quelquefois en s'invectivant au sujet de leur état dont ils gardent, pour leur malheur, la conscience indéfinie.

Nous n'avons insisté, dans cette description, que sur les phénomènes mentaux de l'obsession. Mais il est entendu une fois pour toutes, comme nous l'avons dit, que les stigmates de dégénérescence se retrouvent dans la plupart des cas et que, presque toujours aussi, les crises émotives s'accompagnent des troubles physiques habituels (palpitations, angoisses précordiales, alternatives de rougeur et de pâleur, sueurs locales, surtout du visage et des mains, tremblements, défaillances, etc., etc.).

Obsessions - Craintes (Phobies) : 1° *Crainte des objets.* — Cette obsession, mentionnée par Morel en 1866 dans son délire émotif, a été décrite la même année par J. Falret, sous le titre significatif d'« aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs ». Dans cette description, restée classique et à laquelle on a peu ajouté depuis, Falret avait compris à la fois la maladie du doute et celle du toucher. Les auteurs venus à la suite ont fait de même et Legrand du Saulle a nettement considéré la crainte des contacts non plus seulement comme une des manifestations, mais comme l'une des périodes de la maladie, dite pour ce motif « folie du doute avec délire du toucher ». La plupart des aliénistes font aujourd'hui du doute et de la crainte des contacts deux formes d'obsessions distinctes. Il est certain, en effet, que les deux syndromes ne sont pas indissolublement liés et qu'on ne saurait faire de l'un une phase d'évolution de l'autre; mais il n'en est pas moins vrai que la crainte des contacts, comme du reste la plupart des obsessions impulsives, n'est au fond qu'une sorte de doute morbide.

La crainte des objets a pour base une idée fixe et,

pour conséquence, une frayeur anxieuse. Son expression est des plus variables et elle peut porter sur toutes sortes d'objets[1]. J'ai relevé avec soin la totalité des observations de crainte des contacts publiées jusqu'à ce jour et j'ai trouvé que le plus souvent elle se manifestait par la peur du virus rabique, du virus cancéreux, de la morve, du phosphore, des poisons (iophobie), la peur de la souillure (rupophobie ou misophobie), la peur des épingles, des objets pointus, des os (aichmophobie, bélonéphobie), la peur des morceaux de verre, du jais (cristallophobie), la peur des objets de métal, des boutons de porte, du cuivre, des pièces de monnaie (métallophobie), la peur des poils et principalement du duvet des fruits (trichophobie), enfin la peur plus rare du suif, de la chaux vive, du mastic, etc., etc. Les autres formes de crainte d'objets, moins fréquentes, mais surtout moins étudiées, ont pour motif : la vue du sang (hématophobie de Féré), des couteaux, des épées, des allumettes, le bruit des cloches, du tonnerre, des armes à feu, l'odeur des fleurs et parfums, le goût de certains aliments et boissons.

Quelle que soit la forme affectée par l'appréhension morbide, et souvent elle est multiple, elle se manifeste par crises angoissantes, accompagnées des symptômes neurasthéniques habituels. Et ce qui prouve que cette appréhension est d'origine réellement psychique, c'est qu'elle naît à la seule idée ou au souvenir de cet objet.

(1) La crainte des contacts, qu'on a eu seule en vue jusqu'ici dans les descriptions, n'est elle-même qu'une forme d'une crainte plus générale : la *crainte des objets*, dont le point de départ peut être non seulement le contact, mais aussi la vue, le son, l'odeur et même le goût de certains objets. Il est donc préférable, je crois, de réunir l'étude de ces diverses formes et de les désigner collectivement sous le terme générique de *crainte des objets*.

L'émotivité qui en résulte pousse à peu près invariablement les malades à se laver les mains, à ce point, qu'on peut considérer les lavages réitérés et sans fin comme un des signes les plus constants de cette variété d'obsession. Et, chose curieuse, ce n'est pas par horreur de la malpropreté et parce qu'ils se trouvent les mains sales que les misophobes se livrent à ces ablutions, car ils supportent très bien de rester plusieurs jours et quelquefois même plusieurs semaines sans se changer et sans se laver; en revanche, dès qu'ils ont touché l'eau, l'obsession apparait, angoissante et irrésistible et, plus ils se lavent, plus ils sont poussés à se laver, par un besoin impulsif et pour ainsi dire automatique.

On ne saurait croire jusqu'où peut aller la tyrannie de l'idée fixe, quand on n'a pas observé de près ces malheureux. Voilà près d'un an que j'assiste quotidiennement et presque à toute heure à la vie de l'un d'eux et j'avoue que je ne connais rien de plus extraordinaire et de plus attristant que ce mélange de raison parfaite et d'extravagance, de conscience et d'impulsivité. Je ne citerai qu'un détail entre mille. Quand mon malade se rend aux cabinets pour uriner, il y reste invariablement des heures, à moins qu'on ne vienne l'en arracher, car cet acte devient pour lui, comme tous les autres, d'une effrayante difficulté. Pour éviter de le renouveler souvent, il cherche à vider complètement sa vessie et les dernières gouttes sont taries qu'il fait encore de violents efforts d'expulsion et secoue sa verge à n'en plus finir, sans autre résultat que de tomber de plus en plus dans l'anxiété, la fatigue et la sueur. Enfin, il se vêtit à nouveau; mais c'est là le temps le plus difficile et le plus prolongé de l'opération, car hanté par l'idée qu'il peut

emprisonner dans sa chemise quelque saleté, surtout une mouche ou une araignée, il la plie et la défait une fois, deux fois, dix fois, rouge, haletant, obsédé, jusqu'à ce qu'enfin il arrive à la serrer hermétiquement contre son corps en plis savants, toujours les mêmes. Si on intervient, quel que soit le moment, l'obsession cesse et le malade urine et se culotte le plus naturellement et le plus rapidement du monde, car on sait que les obsédés puisent dans la présence des personnes étrangères ou tout au moins de certaines personnes un appui moral, c'est à dire l'appoint de volonté qui leur fait défaut quand ils sont seuls (1).

Comme la maladie du doute, dont elle n'est la plupart du temps, ainsi que nous l'avons dit, qu'une des nombreuses modalités, se confondant même souvent avec elle, la crainte des objets est extrêmement tenace et, en dépit des accalmies plus ou moins longues qui peuvent survenir, elle tend à devenir chronique et à envahir peu à peu l'individu qu'elle réduit à l'état d'automate, tout en lui laissant la lucidité et la conscience les plus entières.

2° *Crainte des lieux, éléments et maladies.* — Le type de cette sorte de crainte est l'*agoraphobie,* connue depuis déjà longtemps par les travaux de Cordes, de Westphal, de Legrand du Saulle, de Ritti, etc. Elle consiste dans une obsession qui a pour objet la peur des grands espaces. En présence d'une place déserte, d'une rue très large, sur un pont, à l'église, au théâtre, le malade est pris tout à coup de l'idée qu'il ne pourra franchir le vide béant devant lui, qu'il va mourir, se trouver mal. Une crise angoissante survient, accompa-

(1) Ce malade est un de ceux que j'ai présentés à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 10 février 1891.

gnée d'anxiété précordiale, de palpitations, d'oppression, de frissons, de bouffées de rougeur et de pâleur; les forces s'en vont, les jambes fléchissent, la sueur arrive et l'obsédé se sent tomber en faiblesse. Mais, qu'il soit au bras de quelqu'un, qu'il longe les murs, qu'il marche à l'abri d'une voiture, qu'il porte une épée ou une canne, cette aide suffit, si minime qu'elle soit, pour vaincre ou empêcher l'obsession et il franchit l'obstacle avec la plus grande facilité.

La *cremnophobie* ou peur des précipices et l'*acrophobie* ou peur des sommets, décrite récemment par Verga, qui s'en donne lui-même comme une des victimes, sont des obsessions tout à fait analogues à l'agoraphobie, à cette différence près que les malades éprouvent leur angoisse non plus en face des grands espaces, mais lorsqu'ils se trouvent devant un gouffre ou sur des hauteurs. Un aliéniste américain, qui se reconnaît acrophobe, comme Verga, signale parmi les sensations qui l'envahissent au moment des crises une contraction vive et douloureuse du scrotum (*Amer. Journ. of insanity,* 1888).

La *potamophobie* est une peur angoissante de même nature ayant pour objet les rivières, les lacs, etc., elle porte surtout sur les grandes nappes d'eau.

La *claustrophobie*, signalée par Meschede et connue surtout par le mémoire de M. Ball (1879), est l'obsession opposée à l'agoraphobie, c'est à dire la peur des espaces étroits. Les malades ne peuvent rester enfermés et à la seule idée qu'ils sont ou qu'ils peuvent être dans un endroit clos, ils tombent dans une angoisse paroxystique qui les fait se précipiter au dehors, malgré les obstacles qu'ils peuvent rencontrer. Ils éprouvent dans ces moments, dit M. Ball, un sentiment d'anxiété constrictive analogue à celui qu'on

ressentirait en rampant à travers un boyau long et resserré.

L'*astraphobie*, décrite et dénommée par Beard, est une peur similaire qui a pour objet les orages et les éclairs. Elle ne présente par elle-même rien de spécial et qui mérite d'être signalé. Ses principaux symptômes, d'après Beard, sont, en dehors de l'obsession, la douleur de tête, la nausée, les vomissements, la diarrhée et, dans quelques cas, les convulsions.

On peut rapprocher de ces craintes qui ont pour objet des choses intangibles, la peur des maladies, désignée sous le nom de *nosophobie* ou *pathophobie*. Les malades qui en sont atteints ne doivent pas être confondus avec les hypocondriaques vulgaires et surtout avec les hypocondriaques aliénés ; car, chez eux, l'hypocondrie se présente avec des caractères neurasthéniques bien tranchés, c'est à dire sous forme d'obsessions conscientes, angoissantes et paroxystiques. L'individu est seul, chez lui ou dans une rue ; tout à coup, l'idée fixe survient aussi subite que violente : il croit que son cœur va s'arrêter, que son cerveau se vide, que ses jambes se paralysent, qu'il va tomber, qu'il va mourir. Haletant, anxieux, pâle et plein de sueur, il s'affaisse ou bien il court chez un médecin, le suppliant de le sauver, ou bien encore il se hâte d'avaler un médicament ou un cordial qu'il porte toujours sur lui en prévision de tout accident. L'accès passé, le calme se rétablit, tout rentre dans l'ordre et le malade peut reprendre ses occupations jusqu'au retour plus ou moins prochain d'une crise analogue. C'est là, comme on le voit, un état spécial, différant nettement par ses caractères de l'hypocondrie vésanique, essentiellement continue et uniforme dans ses manifestations. L'obsession nosophobique peut être

relative à toutes les maladies et à tous les organes. Parfois même, elle peut se fixer sur une simple particularité morbide, comme un détail du nez ou de la langue (Pitres); cependant, l'idée hypocondriaque limitée et tenace est bien plutôt le fait des dégénérés non neurasthéniques.

3° *Crainte des êtres vivants.* — Le type de cette variété d'obsession morbide est l'*anthropophobie,* désignée et décrite par Beard, qui la considère comme des plus communes. Elle consiste dans l'aversion de la société, la peur de voir la foule, de se mêler à elle ou de voir du monde autour de soi. Dans un grand nombre de cas, dit l'auteur américain, cette obsession devient si grave qu'elle porte les malades à abandonner leurs occupations et leurs affaires, car ils ne peuvent regarder les hommes en face ni traiter avec eux; ils redoutent le genre humain. Beard considère comme un signe important et constant chez ces neurasthéniques le fait qu'il leur est impossible de fixer leur regard sur quelqu'un et il affirme les reconnaitre à première vue, rien qu'à la façon dont ils tiennent les yeux baissés et détournés. Dans certains cas, la peur se limite à un seul sexe, surtout à la femme (gynéphobie) ou à certaines catégories d'individus, par exemple aux hommes ivres.

Chez d'autres sujets, l'obsession revêt une forme contraire : c'est la *monophobie* ou peur de la solitude. Les monophobes ne peuvent voyager seuls, se promener seuls, ni quitter leur maison sans être accompagnés. Beard cite un malade du Dr C.-L. Michell qui, sous l'influence d'une idée fixe de ce genre, en était réduit à payer un homme vingt mille piastres pour l'accompagner constamment.

L'émotivité anormale vis-à-vis des êtres vivants peut

enfin se porter sur les animaux. L'aversion de certains animaux, crapauds, serpents, souris, araignées, etc., et la sympathie exagérée pour d'autres sont, comme on sait, très fréquentes chez beaucoup de personnes, surtout chez les femmes, en dehors même de la neurasthénie, et c'est le cas de faire remarquer que toutes les obsessions morbides ne sont autre chose que la reproduction poussée à l'état pathologique d'idées, de sentiments ou de tendances qui se retrouvent toutes, plus ou moins rudimentaires, chez les individus normaux. Chez les neurasthéniques, l'obsession se traduit ici soit par la crainte émotive de certains animaux (zoophobie), soit par l'impossibilité de les voir souffrir en quoi que ce soit (zoophilie, anti-vivisectionnistes de Magnan); dans les deux cas, elle donne lieu à des crises anxieuses analogues à celles que nous avons déjà décrites. Le contact, la vue ou simplement le souvenir de certaines bêtes suffisent à provoquer ces crises.

Obsessions-Propensions. — Les obsessions-propensions ou obsessions impulsives proprement dites sont celles dans lesquelles l'idée fixe a pour effet non plus une peur, mais une tendance irrésistible. De ce nombre sont l'onomatomanie, la kleptomanie, la pyromanie, la dipsomanie, l'impulsion au meurtre et au suicide, etc.

*Onomatomanie.* — C'est l'obsession du nom ou du mot, décrite en 1885 par Charcot et Magnan.

Il résulte de leurs observations que cette obsession peut se manifester : 1° par la recherche angoissante du nom ou du mot; 2° par l'attribution à certains noms ou mots d'une influence funeste ou préservatrice; 3° par l'impulsion à répéter un nom ou un mot

qui s'impose; 4° par l'obligation de rejeter, comme à la suite d'efforts d'expuition ou de crachement, un nom ou un mot devenu un véritable corps étranger chargeant l'estomac.

Les deux dernières formes constituent seules, comme on le voit, des tendances irrésistibles; les premières appartiennent plutôt à l'indécision psychique ou maladie du doute, à propos de laquelle nous les avons déjà du reste mentionnées.

L'*arithmomanie,* signalée par les mêmes auteurs, n'est autre chose que l'*onomatomanie* portant plus spécialement sur les nombres et les chiffres. Bien entendu, c'est le chiffre 13 qui joue le rôle capital dans cette obsession.

La *manie blasphématoire,* indiquée anciennement par Verga, est également une sorte d'onomatomanie dans laquelle l'impulsion verbale se traduit par un juron ou un blasphème.

Cette tendance irrésistible à répéter des mots grossiers et orduriers est la caractéristique d'un état plus complexe, mais assurément similaire, mis en lumière dans ces dernières années par Charcot et ses élèves, sous le nom de *maladie des tics convulsifs* ou *maladie de Gilles de La Tourette.* Le Dr Catrou en a donné dans une thèse récente l'histoire détaillée (1890).

Cette maladie se compose de deux ordres de symptômes : 1° les *tics,* mouvements brusques et violents de certaines parties du corps, surtout des extrémités supérieures, ayant pour caractère d'être systématiques et coordonnés, et de reproduire, comme sous l'influence d'une décharge électrique, des mouvements associés naturels, toujours les mêmes chez les mêmes individus (expiration brusque du nez, occlusion rapide et répétée des paupières, grattements subits et

automatiques, reniflements, crachements, coups frappés sur la poitrine comme dans un acte de contrition, etc., etc.); 2° la *coprolalie*, terme créé par Gilles de La Tourette pour désigner l'éjaculation pour ainsi dire explosive et forcée de jurons ou de termes orduriers, qui accompagne chaque fois les accès de tics. Il s'y joint parfois une tendance irrésistible à l'imitation de paroles ou de gestes (écholalie, eckokinésie, échomatisme). Le symptôme capital et, comme le dit Catrou, pathognomonique est la coprolalie.

La maladie des tics est chronique, rémittente, paroxystique et habituellement incurable. Elle se lie assez fréquemment à quelques-unes des obsessions déjà décrites.

Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une dégénérescence à type neurasthénique, car les tics ne sont que des stigmates de névropathie héréditaire, analogues aux autres. Comme le dit fort bien M. Charcot *(Leçons du mardi)*: « le tic, c'est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence; c'est, par un côté, une maladie psychique, parce qu'il y a des tics dans la pensée comme dans le corps. »

*Kleptomanie.* — C'est l'impulsion consciente et irrésistible au vol. La tendance au vol peut se rencontrer à titre de symptôme dans un certain nombre d'affections mentales, notamment dans la paralysie générale, l'imbécillité, la démence; mais ici elle affecte les caractères particuliers de l'impulsion neurasthénique. C'est dire qu'elle se présente sous forme d'obsession, qu'elle s'accompagne de lutte, d'angoisse et qu'elle détermine les phénomènes ordinaires des crises paroxystiques. Souvent les objets volés sont insignifiants; quelquefois il s'agit d'un seul objet, toujours le même, dont le

malade accumule chez lui les plus invraisemblables collections.

*Pyromanie.* — La pyromanie est l'impulsion à l'incendie. Cette impulsion, comme toutes les autres, n'est pas spéciale aux neurasthéniques et on l'observe notamment chez les épileptiques, les imbéciles et les déments. C'est alors un acte morbide irréfléchi, inconscient, sans lutte et sans anxiété concomitantes et qui, par conséquent, n'offre rien du caractère pathognomonique de l'obsession. Elle est plus fréquente dans le sexe féminin et les crises surviennent surtout à l'occasion des diverses étapes de la vie génitale, particulièrement à la puberté et à l'époque menstruelle.

*Dipsomanie.* — La dipsomanie est la tendance irrésistible à boire. Cette tendance est fréquente au début des psychoses à excitation, surtout dans la manie et la paralysie générale, où elle représente une des manifestations de ce besoin morbide d'activité qui entraine les malades à tous les excès. Chez les dégénérés et, en particulier, chez les neurasthéniques, elle constitue la véritable dipsomanie.

Magnan, qui en a donné une excellente description, a insisté sur les caractères des accès, intermittents et paroxystiques. Au début, le sujet est en proie à des malaises physiques, à de l'anorexie, à des troubles gastro-intestinaux, en même temps qu'à de la tristesse et de la dépression. Puis le désir de boire s'éveille, désir irrésistible, qu'il faut satisfaire à tout prix. Alors, rien n'arrête plus les malades et, malgré leur lucidité et leurs efforts de résistance, il faut qu'ils cèdent à l'entrainement. Beaucoup fuient de chez eux à ce moment pour se plonger, au dehors, dans les

excès et les débauches les plus déplorables, allant même jusqu'à vendre leurs vêtements ou à se prostituer pour se procurer de quoi boire et, lorsqu'ils reviennent au bout de quelques jours, ils tombent dans un état de tristesse, de remords et de honte qui marque la fin de l'accès.

Bien différent de l'alcoolique qui s'intoxique plus ou moins régulièrement avec sa liqueur de prédilection, le dipsomane est habituellement très sobre dans ses intervalles d'accalmie. En revanche, durant sa crise, toute boisson lui est bonne, pourvu qu'elle soit forte et il se jette aussi bien sur les médicaments et les poisons que sur l'alcool proprement dit. Aussi peut-on considérer, dans certains cas, la passion de l'éther, de la morphine, de la cocaïne, etc., etc., comme des variétés cliniques de la dipsomanie.

A côté des impulsions que nous venons de décrire, on peut citer encore comme impulsions analogues, bien que moins fréquentes : l'oniomanie ou impulsion irrésistible aux achats; l'impulsion au jeu (cubomanie); l'impulsion à la marche (dromomanie). Plusieurs des cas décrits dans ces derniers temps sous le terme générique d'*automatisme ambulatoire* paraissent pouvoir rentrer dans cette dernière variété.

*Impulsion au suicide et à l'homicide.* — Nous n'avons à parler ici que de l'impulsion par accès, consciente, irrésistible et anxieuse; car, plus encore que les autres tendances morbides, la propension au suicide et à l'homicide peut se rencontrer dans la plupart des folies.

L'impulsion au suicide est, comme on sait, particulièrement héréditaire; c'est surtout chez les dégénérés neurasthéniques qu'on la voit se transmettre sous la

même forme de l'ascendance à la descendance (hérédité homologue) et parfois se manifester, dans l'une et dans l'autre, à la même époque de la vie (hérédité homocrone).

L'impulsion à l'homicide procède d'une façon identique, par crises intermittentes et paroxystiques, précédées de prodromes mélancoliques. Les malades sont obsédés par l'idée fixe de tuer telle ou telle personne, par exemple un enfant qu'ils adorent; la vue de cet enfant, d'une arme, d'un couteau, éveille leur obsession et les plonge dans une torture inexprimable; ils sentent que leur volonté fléchit, qu'ils vont céder à l'entraînement et, pleins d'horreur, ils se lamentent, ils fuient, ils vont demander aide et protection au médecin, n'hésitant pas à s'interner eux-mêmes dans certains cas pour se soustraire à leur penchant morbide.

*Érotomanie.* — Sous ce nom générique, on désigne les obsessions de nature sexuelle, décrites à l'étranger par Krafft-Ebing et en France par Magnan. Chez certains sujets, l'idée fixe, consistant en réminiscences lubriques ou baroques, a pour effet soit d'exciter, soit d'anéantir le pouvoir génésique; chez d'autres, elle détermine de véritables actes impulsifs : exhibitions devant des femmes ou des enfants, parfois à heure fixe, dans un endroit quelconque et jusque dans les églises; *frottages* du pénis caché ou à découvert contre le bassin des femmes dans les foules; vols d'objets féminins à titre de reliques amoureuses tels que nattes, mouchoirs, souliers, jupons, etc., etc. Dans certains cas, l'impulsion, de nature plus grave, peut entraîner à des actes de sodomie, de bestialité ou même à des actes sanglants et à des rapports avec les cadavres.

L'instinct sexuel interverti *(contrâre sexual empfindung)*, caractérisé par l'affinité surtout psychique de certains individus pour les personnes, le costume, les travaux et les habitudes de l'autre sexe, se rapproche, à beaucoup d'égards, des aberrations précédentes et s'observe surtout, comme elles, chez les dégénérés.

## 2° *Neurasthénies ou obsessions abouliques.*

Les neurasthénies ou obsessions abouliques sont, comme nous l'avons vu, celles dans lesquelles la volonté est lésée dans sa force d'action.

Contrairement à ce qui a lieu dans les obsessions impulsives, où le sujet lutte anxieusement pour chasser une idée qui s'impose, ici, il essaie vainement de transformer une idée en acte; sa volonté n'est plus suffisante pour actionner son système moteur et les efforts qu'il tente à cet égard n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son angoisse.

L'obsession aboulique, à part cette différence, est en réalité de même nature que l'obsession impulsive; elle se lie fréquemment, comme elle, à la dégénérescence neurasthénique et se traduit par des crises conscientes, obsédantes et paroxystiques, accompagnées des mêmes symptômes physiques et psychiques.

L'obsession impulsive, nous l'avons vu, peut avoir pour point de départ une idée quelconque; de même, l'obsession aboulique peut se traduire par l'impossibilité anxieuse d'une idée ou d'un acte quelconques. On pourrait donc créer autant de variétés d'obsessions abouliques que d'obsessions impulsives. Heureusement, les recherches n'ont pas encore été poussées dans cette voie et il n'existe, à ma connaissance,

aucune description détaillée de ce genre de neurasthénies psychiques.

L'une de ses manifestations les plus fréquentes consiste dans l'impossibilité pour le malade de *se lever* d'un siège lorsqu'il est assis. Le désir de l'acte existe chez lui et il fait effort pour l'accomplir, mais sa force d'impulsion est insuffisante et ses tentatives, de plus en plus angoissantes, n'aboutissent qu'à la crise émotive caractéristique de la neurasthénie. Dans un autre cas, le malade peut marcher, se lever, s'asseoir, mais ne peut *monter* sans éprouver la même obsession inhibitoire, comme ce prêtre que le Dr Lichtwitz a connu chez Krafft-Ebing qui ne pouvait franchir les marches de l'autel au moment de dire sa messe, surtout lorsque l'église était pleine de monde. Mais il lui suffisait de s'appuyer même très légèrement sur l'enfant de chœur pour vaincre son obsession. J'ai donné au premier de ces états le nom d'*ananastasie*, de α privatif et ἀνάστασις, action de se lever, et au second celui d'*ananabasie*, de α privatif et ἀνάβασις, action de monter. On remarquera que les termes d'*ananastasie* et d'*ananabasie* sont à peu près identiques à ceux d'*astasie-abasie* créés par M. Charcot pour désigner une modalité névropathique spéciale dont M. Blocq a donné, en 1888, une excellente description et qui est caractérisée par l'impossibilité, chez certains hystériques, de se tenir debout ou de marcher.

Je dois dire qu'il s'agit là d'une pure coïncidence, car c'est déjà en 1886 et sur l'indication d'élèves d'agrégation de philosophie, présents à mon cours, que j'employai pour la première fois ces néologismes auxquels, du reste, je ne tiens en aucune façon, leur utilité me paraissant ici, comme je l'ai dit maintes

fois, des plus contestables. Il est bon de remarquer, d'ailleurs, que les états d'inhibition motrice auxquels ils se rapportent diffèrent sensiblement de ceux décrits par M. Charcot. *Ananastasie* et *ananabasie* signifient, en effet, impossibilité de se lever et impossibilité de monter, tandis qu'*astasie-abasie* signifie impossibilité de se tenir debout et de marcher : α-στασις (action de stationner), α-βασις (action de marcher). Mais il y a encore une autre distinction, qui est capitale. L'impossibilité de se tenir debout et de marcher dans l'astasie-abasie est un symptôme continu, constant, dû sans doute à une impotence fonctionnelle, à une dissociation des éléments constitutifs de la marche sous l'influence de la névrose ; dans l'ananastasie et dans l'ananabasie, au contraire, l'impossibilité de se lever et de monter ne survient que par accès et uniquement lorsque se produit la crise d'obsession ; dans l'intervalle, le sujet peut exécuter tous les actes qu'il lui plaît. Il y a là évidemment, en dehors des autres particularités qu'on pourrait invoquer, une différence capitale, qui montre que l'ananastasie et l'ananabasie n'appartiennent pas à la même catégorie de faits morbides que l'astasie-abasie. Les uns sont des phénomènes d'obsession aboulique, les autres paraissent être des symptômes de paralysie fonctionnelle dissociée.

Quoi qu'il en soit, il m'a paru intéressant de rapprocher, ne serait-ce que pour en établir la distinction, des états pathologiques qui pourraient peut-être à la rigueur prêter à la confusion.

A côté de l'impossibilité de se lever et de monter, j'ai constaté encore, comme obsession aboulique, l'impossibilité de se vêtir (anesthie, α-ἐσθής, habit). Cette impossibilité, comme toutes les autres inhibitions de

même genre, est intermittente et ne survient que par crises; de plus, elle n'est pas absolue et se borne le plus souvent à une ou plusieurs des pièces de l'habillement, par exemple aux bas, aux chaussures, au gilet, au corsage, au chapeau. Dans les intervalles des crises, les malades peuvent s'habiller sans difficulté; lorsque l'obsession survient, ils ne peuvent y parvenir et ils sont réduits soit à rester chez eux jusqu'au retour du calme, soit à sortir à moitié vêtus.

Une autre impossibilité, assez fréquente, consiste pour les malades à ne pouvoir plus écrire et surtout à ne pouvoir signer (anupographie). On trouve un exemple de ce genre dans le travail de Billod sur les maladies de la volonté et un autre très remarquable dans celui de Morel sur le délire émotif. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un individu qui ne put ni écrire à sa fiancée, ni signer son nom, ni prononcer le *oui* sacramentel à l'église, au point que le chapelain dut se contenter de son consentement par signe.

Il existe bien d'autres impossibilités émotives, par exemple l'impossibilité de fixer sa pensée, déjà décrite sous le nom d'*aprosexie,* l'impossibilité de se mettre à table, d'ouvrir, d'entrer, de sortir et bien d'autres encore que des observations ultérieures ne manqueront pas certainement de mettre en lumière. Je me suis borné ici à indiquer les principales, ayant voulu montrer surtout que l'aboulie neurasthénique est une obsession spéciale, différant de l'impulsion neurasthénique en ce que l'une a pour point de départ une lésion de la volonté d'action et l'autre une lésion de la volonté d'arrêt. Je renvoie, d'ailleurs, pour plus amples détails sur cette question, à la thèse actuellement en préparation d'un de mes élèves, M. Rivière.

*Diagnostic.* — Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic des obsessions qui constituent des syndromes de dégénérescence à caractères absolument pathognomoniques. Je me bornerai à appeler l'attention sur la possibilité de confondre l'obsession aboulique avec certaines formes de mélancolie dépressive. La distinction n'est pas toujours facile, car les deux états se caractérisent à divers degrés par l'inaction motrice, ainsi que par du découragement et de la tristesse.

L'analogie, toutefois, n'est qu'apparente, car la mélancolie est une maladie spéciale, dans laquelle les symptômes d'inaction sont le plus souvent continus, persistants et réguliers, comme tous les autres, tandis que l'impuissance neurasthénique est un simple syndrome intermittent et paroxystique. D'autre part, l'incapacité de la mélancolie ne pèse pas au malade, il n'en souffre pas et ne lutte en rien pour en triompher; le neurasthénique, au contraire, désire et fait effort pour agir, d'où son angoisse caractéristique. Nous avons expliqué cette différence, comme on sait, en montrant que l'aboulie du mélancolique est une aboulie par défaut d'excitation, par défaut de sollicitation à agir (non vouloir), tandis que l'aboulie du neurasthénique est une aboulie par défaut d'impulsion centrale, avec conservation de l'excitation centripète (non pouvoir).

Il faut reconnaître d'ailleurs que très souvent l'aboulie du mélancolique n'est qu'un phémonène accessoire de la maladie et qu'elle coexiste avec d'autres symptômes significatifs, tels que délire triste, hallucinations, refus d'aliments et tendance au suicide, qui ne peuvent laisser place au doute, car, à l'exception du dernier, on ne les rencontre jamais dans l'obsession de la neurasthénie.

*Pronostic.* — Le pronostic des obsessions neurasthéniques est en général, comme on sait, des plus graves et la plupart des auteurs ont insisté sur la ténacité, la chronicité et l'incurabilité de ces syndromes, très sujets aux rémissions, mais non à la guérison.

Il est certain, en effet, que toutes les fois que l'obsession coïncide avec une dégénérescence réelle et grave, elle a une tendance naturelle à persister indéfiniment. En revanche, lorsque la dégénérescence est absente ou très légère, l'obsession est parfaitement susceptible de guérison. On pourrait à cet égard formuler en loi que la curabilité de l'obsession est en raison inverse du degré de dégénérescence et en raison directe du degré d'acuité de la neurasthénie. C'est donc surtout dans les neurasthénies aiguës, accidentelles, survenues à la suite de causes morales ou physiques intenses que s'observent les obsessions curables. Je dois signaler aussi que les obsessions abouliques m'ont paru moins graves que les obsessions impulsives et que je les ai rencontrées plus fréquemment dans les neurasthénies aiguës, à caractère dégénératif peu accentué.

*Traitement.* — Le traitement des obsessions se confond avec celui de la neurasthénie. On sait combien celui-ci est complexe et varié. Du reste, toutes les méthodes thérapeutiques proposées contre la neurasthénie ne conviennent pas contre les obsessions et celle de Weir-Mitchell, en particulier, ne peut être de quelque utilité que dans les cas de neurasthénie aiguë avec aboulie, sans contredit les plus rares. L'isolement et l'internement ne sont guère non plus efficaces, et les obsédés assez nombreux qui s'enferment d'eux-mêmes dans les asiles en vue d'obtenir la guérison

n'en retirent généralement aucun bénéfice sérieux. Les moyens qui m'ont paru les plus utiles, en dehors des médications pharmaceutiques appropriées suivant les cas (fer, phosphates, strychnine, bromures, quinquinas, hypnotiques, etc.), sont les agents externes, les bains sous toutes leurs formes, l'hydrothérapie, le massage, mais surtout et avant tout l'électricité, soit par la galvanisation cérébrale à haute dose, comme l'indique Beard, soit par la franklinisation, comme le préfère Vigouroux. Il est rare qu'on n'obtienne pas par l'emploi méthodique et éclairé de ce dernier agent sinon la guérison, au moins un soulagement temporaire et parfois durable.

On peut enfin, principalement lorsque tous ces moyens ont échoué, recourir à l'hypnotisation qui donnerait peut-être ici d'excellents résultats si elle était d'une application plus facile. Je sais bien qu'on a cité, dans ces dernières années, plusieurs cas d'obsessions morbides guéries par la suggestion hypnotique; mais je suis fondé à croire que tous les malades sont loin d'être hypnotisables, malgré leur bon vouloir et que bon nombre d'entre eux ne peuvent être endormis, quels que soient le soin et l'insistance qu'on y mette.

Peut-être convient-il encore à ce point de vue de séparer les obsédés en deux catégories: ceux de la neurasthénie accidentelle et aiguë, hypnotisables et curables; ceux de la neurasthénie constitutionnelle et dégénérative, non hypnotisables et condamnés à l'incurabilité absolue.

---

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou rue Guiraude, 11.



Bordeaux — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.